Nr 34. Kraków, 24. sierpnia 1918 Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII Kraków, 24. sierpnia 1918 Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z krajowego Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Badania nad dermografią

podał

Dr Hadryan Demianowski.

(Ciąg dalszy).

Jak więc widać z przytoczonego piśmiennictwa, traktującego o dermografii, przeważna część autorów przyznaje dermografii znaczenie nader małe, albo odmawia go zupełnie. Mnie się zdaje jednak, że stanowisko to nie jest słuszne. Większość prac utyka w dwu kierunkach. Pierwszym byłby brak jednolitej metody u większej liczby autorów, co nie daje możności porównania wyników ze sobą. Drugą wadą jest niedostatecznie metodologiczne obrobienie uzyskanego materyału.

Co się tyczy braku jednolitości metody, to warunkowany on jest: a) brakiem jednolitego narzędzia, którem drażnimy skórę, b) rozmaitością nacisku wywartego na skórę, c) brakiem jednolitej okolicy ciała, którą drażnimy, d) rozmaitością określeń uzyskanego wyniku.

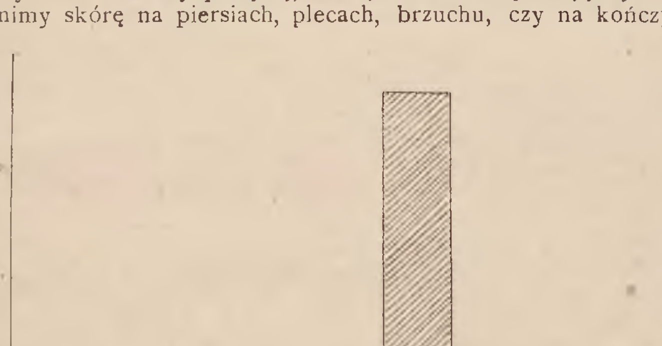
Narzędziem najczęściej używanem jest główka lub ostrze szpilki, rączka do pisania, paznokieć i t. d. Rozmaitość wywartego nacisku, zawsze mocno indywidualna, nawet u tego samego badacza, tem rozmaitszym ulega wahaniom u różnych badaczy.

Jak widzieliśmy powyżej, nie jest to rzeczą obojętną, czy drażnimy skórę na piersiach, plecach, brzuchu, czy na kończynach. Nieraz jeden i ten sam postrzegacz zależnie od okoliczności drażni skórę raz na piersiach, drugi raz na plecach, a wynik wpisuje pod tą samą rubryką.

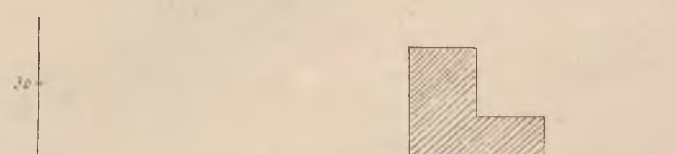
Co się zaś tyczy określenia uzyskanego wyniku, to to największym ulega wychyleniom. Poza wprowadzonemi przez jednych bardziej stałemi określeniami, jak »dermographia elevata«, »alba«, »rubra«, »dolorosa« i t. d., inni określają nasilenie, jak zwyczajna, wyraźna, wybitna, słaba. Tutaj różnice w określaniu dochodzą do maximum: to, co u jednego jest wyraźnem, u drugiego może być wybitnem, u innego znowu zwyczajnem.

Rzeczą jest łatwo zrozumiałą, że podobny skrajny brak jakiejkolwiek wspólnej metody nietylko w stosowaniu bodźca, ale i w określaniu otrzymanego wyniku, prowadzić musi do chaosu, a wyniki uzyskane przez poszczególnych autorów mogą mieć tylko znaczenie dla nich samych, ale w żaden sposób nie dadzą się ze sobą porównywać. Gdybyśmy, nie znając termometru, chcieli badać ciepłotę u chorych raz w fałdach skóry, to znowu na powierzchni lub w ustach; dotykając ciała raz dłonią, a raz grzbietem ręki, a otrzymane wrażenie określalibyśmy: jest gorączka lub jej niema, jest mała lub znaczna; gdybyśmy wreszcie przeprowadzali nasze badania raz rano, a raz wieczorem lub w południe, to porządkując wyniki i porównując je ze sobą znaleźlibyśmy się w tem samem położeniu, w jakiem znajdujemy się teraz z naszą znajomością dermografii. A przecież nie odmówimy gorączce olbrzymiego znaczenia w dyagnostyce chorób wewnętrznych. Trzebaby się więc postarać o jednolitą metodę, któraby była stosowana przez większą liczbę obserwatorów, a któraby wykluczała wymienione powyżej braki. Dopiero, gdyby przy zastosowaniu takiej metody nie uzyskano wyników dodatnich, możnaby odmówić dermografii znaczenia rozpoznawczego objawu klinicznego.

Druga wada dotyczy obrabiania otrzymanego materyału według wymogów metod statystycznych. Skorelowanie jakiegoś objawu z jednostką chorobową nie jest wystarczające dla powiązania ich z sobą w przyczynową lub współrzędną zależność. Jeżeliśmy n. p. przy padaczce zauważyli dermografię wypukłą, to musimy odpowiedzieć jeszcze na następujące pytania: 1) w ilu przypadkach padaczki była dermografia wypukła, 2) w ilu przypadkach bez padaczki była dermografia wypukła, 3) w ilu przy-



Dementia praecox.



Katatonia.

padkach padaczki nie była dermografia wypukłą, 4) w ilu przypadkach bez padaczki nie była dermografia wypukłą.

Dopiero wynik, poparty powyższem rozumowaniem, nabiera znaczenia ściśle naukowego.

II.

Mając w r. 1914 do rozporządzenia materyał Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie, a korzystając z wielkiej liczby chorych, postanowiłem poddać go badaniom w kierunku dermografii. Za podjęciem tej pracy przemawiał przedewszystkiem sam rodzaj chorych (choroby umysłowe), który budził pewne nadzieje wyniku dodatniego, wreszcie możliwość poczynienia wielkiej ilości obserwacyi, co na błąd osobniczy obserwatora wpływa zawsze bardzo łagodząco.

Chcąc o ile możności postępować jednolicie, trzymałem się stale następującego programu:

1. Drażniłem skórę zawsze na piersiach.

2. Jako narzędzia, którem drażniłem, używałem tępego konca linealu kraniometru (równocześnie robiłem pomiary antropometryczne).

3. Wynik dermografii określałem: dermografia wypukła, bardzo wybitna; wybitna, bardzo biała, biała, wyraźna, zwyczajna, słaba, bardzo słaba, niewidoczna.

Kiedy mowa o dermografii wypukłej, bardzo wybitnej, wybitnej, wyraźnej, zwyczajnej, słabej i bardzo słabej, miałem zawsze na myśli dermografię czerwoną.

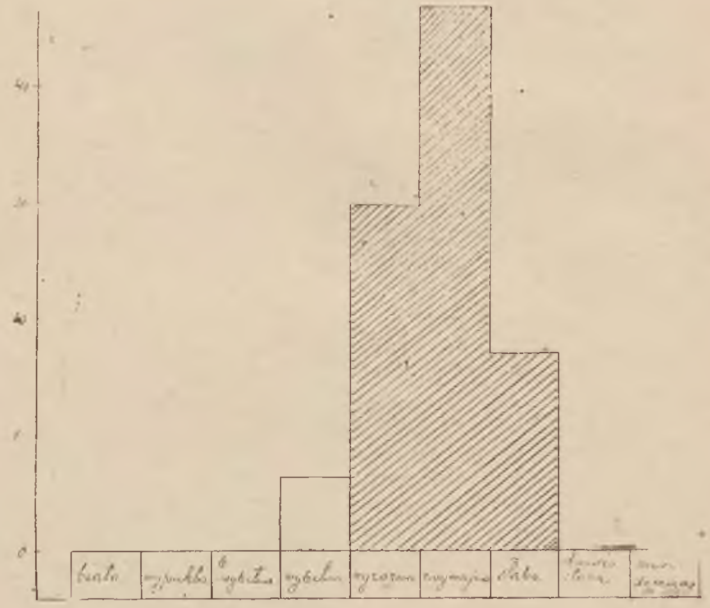
Materyał chorych, podzielony według płci, podzieliłem jeszcze na ludność tubylczą i żydów. Do przeprowadzenia tego podziału nakłonił mię znany fakt, że ludność żydowska jest niezwykle podatna do pewnych schorzeń układu nerwowego (choroba Tay-Sachsa, histerya, kurcz torsyjny).

Po przeprowadzeniu tego podziału otrzymałem cztery grupy:

katolicy	mężczyźni	671
	kobiety	265
żydzi	mężczyźni	136
	kobiety	73
	Razem	1145



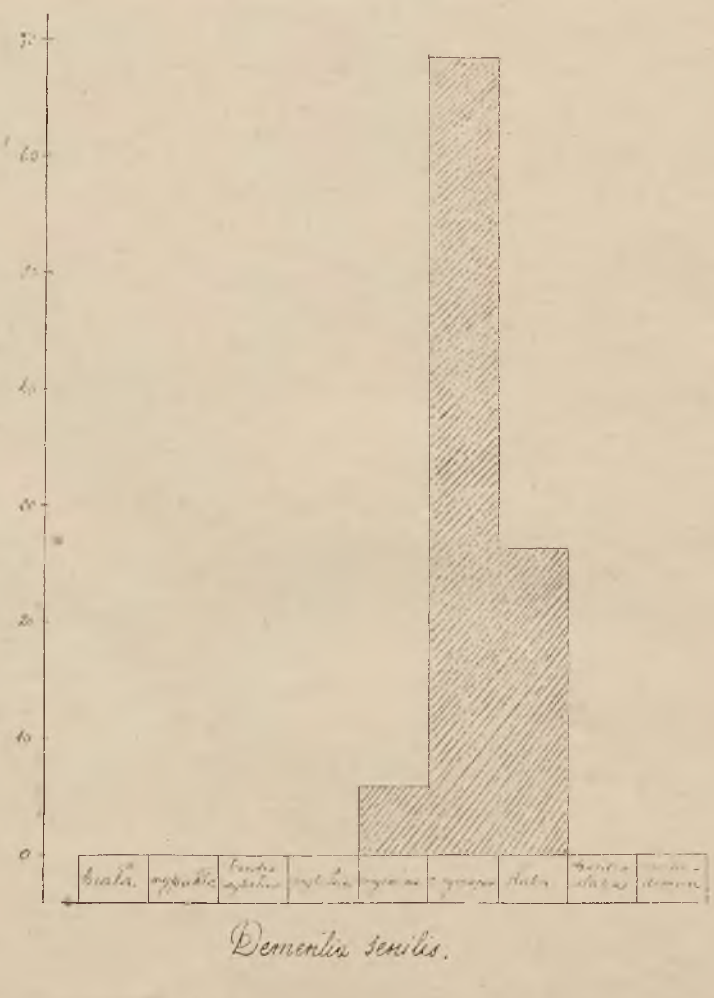
Dementia paranoides



Psychosis mania depr.



Hebephrenia



Dementia senilis.

Ogółem.

	Dementia praecox	Katatonia	Dementia paranoides	Hebephrenia	Psychosis man. depr.	Dementia senilis	Paralysis progressiva	Epilepsia	Imbecillitas	Idiotismus	Alcohol. chronicus	Hysteria	Degen. mentalis	Morbus Basedowi	Paranoia	
D. wypukła	4 0·5	1 1·2						1 0·8								5 0·44
D. bardzo wybitna	3 0·4															3 0·26
D. wybitna	59 7·8	9 11·1	2 6·4	1 9·0	3 6·4		4 4·4	13 10·7	3 6·5	1 7·1						83 7·25
D. bardzo biała	1 0·1															1 0·09
D. biała	20 2·6	3 3·7					1 1·1	5 4·1			1 3·3					27 2·36
D. wyraźna	156 20·7	17 20·9	7 22·5	1 9·0	14 29·8	1 5·3	20 22·2	29 23·9	9 19·6	3 21·4	9 30·0	1 11·1	3 27·3	1 100·0	2 50·0	248 21·66
D. zwyczajna	352 46·7	27 33·3	16 51·6	5 45·5	22 46·8	13 68·4	46 51·1	49 40·5	24 52·2	7 50·0	15 50·0	8 88·9	5 45·4			541 47·25
D. słaba	140 18·5	22 27·1	6 19·3	4 36·4	8 17·0	5 26·3	19 21·1	22 18·2	10 21·7	2 14·3	5 16·7		3 27·3		2 50·0	216 18·66
D. bardzo słaba	15 1·9	2 2·4						1 0·8		1 7·1						17 1·48
D. niewidoczna	3 0·4							1 0·8								4 0·35
	753	81	31	11	47	19	90	121	46	14	30	9	11	1	4	1145

Co dotyczy rozpoznań klinicznych, to, ponieważ chorych somatycznie, leczonych na infirmeryi, wyłączyłem z badania, uwzględniałem tylko rozpoznania psychiatryczne i w kilku poszczególnych przypadkach także rozpoznania neurologiczne (mb. Basedowi). Rozpoznania odpisywałem z historyi chorób. O ile w poszczególnych przypadkach rozpoznanie było kilkakrotnie nawet zmienione, to przyjmowałem ostatnie za prawdziwe. Co dotyczy otępienia wczesnego, to tylko w pewnym stosunkowo niedużym odsetku było ono zróżnicowane co do trzech zasadniczych form tego cierpienia: katatonia, hebephrenia i dementia paranoides. (Na 753 przypadki otępienia wczesnego tylko 81 było rozpoznanych, jako katatonia, 31 dementia paranoides i 11 hebephrenia). W rubryce dementia praecox (patrz tablice) umieszczałem wszystkie przypadki otępienia wczesnego, a więc tak te, które ze względu na subtelniejszą dyagnozę umieszczałem potem w rubrykach: katatonia, hebephrenia, dementia paranoides, jak i przypadki, rozpoznane z grubsza tylko jako dementia praecox.

Niektóre cierpienia w bardzo małej liczbie chorych umieściłem w tablicach tylko dla całości obrazu, nie przywiązując jednak do otrzymanych wyników żadnej wagi.

Nie jasnem jest również rozpoznanie niedostatecznego rozwoju umysłowego, umieszczonego w tablicy pod nazwą imbecillitas i idiotismus. Wiadomą jest rzeczą, że niedostateczny rozwój umysłowy, objęty przez Kraepelina zbiorową nazwą oligofrenii, nie jest jednostką kliniczną, nie jest rozpoznaniem tego rodzaju, jak porażenie postępowe lub choćby nawet otępienie wczesne (schizophrenia). Jest to tylko rozpoznanie psychologiczne tych przypadków, gdzie rozwój umysłowy został wstrzymany przez jakiekolwiek przyczyny, działające z wewnątrz lub z zewnątrz. Przyczynami, działającemi z wewnątrz, poza wadami rozwojowemi, może być cały szereg najrozmaitszych cierpień, które wystąpiły u danego osobnika przed dojściem do zupełnego rozwoju umysłowego. Rozpoznanie imbecillitas czy idiotismus nic nam nie mówi o naturze tych cierpień, któremi mogą być nietylko schorzenia układu nerwowego ośrodkowego (hydrocephalus, sclerosis tuberosa itd.), lecz także zaburzenia w przemianie materyi (rhachitis), a nawet choroby umysłowe w wieku dziecięcym. A przecież właśnie te cierpienia mogą wywierać rozmaity wpływ na powstawanie dermografii, gdy rozpoznanie głupowatości (idiotyzmu) ma znaczenie poślednie.

Przechodząc teraz do omówienia szczegółowego po dokładnem rozejrzeniu się w tablicach, pierwszą rzeczą, wpadającą w oczy, jest stosunkowo bardzo duży procent dermografii, określanej przezemnie jako dermografia zwyczajna. Przy zestawieniu ogólnem wynosi ona 47·25%. Dwie graniczne grupy stanowią dermografia wyraźna około 21·66% i dermografia słaba 18·86%, Jeżeli te trzy grupy złączymy w jedną, gdzie przejścia w jedną czy drugą stronę zawsze jednak uważać możemy tylko za fizyologiczne wahania natężenia, otrzymamy bardzo wysoki odsetek, bo 87·77% czyli przeszło $^6/_7$ wszystkich spostrzeżeń.

Dermografia wybitna stanowi zaledwie 7·25%. Jeszcze rzadsza jest dermografia biała 2·36%. Dermografię bardzo wybitną udało mi się otrzymać tylko w 3 przypadkach, co stanowi zaledwie 0·26%. Nieco częstszą była dermografia bardzo słaba 1·48%. Nie otrzymałem żadnej dermografii w 4 przypadkach, co stanowi 0·35%.

Dermografia wypukła była obecna tylko 5 razy czyli w 0·44%.

Uwzględniając równocześnie różnice narodowościowe, da się naogół zauważyć, że u mężczyzn żydów dermografia zwyczajna w odsetkach przewyższa ten rodzaj dermografii u mężczyzn katolików na niekorzyść dermografii wyraźnej i słabej. Wybitniejszych różnic niema, a o ile jakie się trafiają, to dadzą się usprawiedliwić nierównie mniejszą liczbą obserwacyi u ludności żydowskiej.

Różnice płciowe, gdzie chodzi o większą liczbę chorych, są minimalne.

Zamieszczone rysunki przedstawiają stosunek procentowy rozmaitych rodzajów dermografii przy równoczesnem uwzględnieniu rozpoznania klinicznego. Widzimy, że w każdem cierpieniu olbrzymią większość stanowi dermografia zwyczajna łącznie z wyraźną i słabą bez większych różnic przy poszczególnych rozpoznaniach. Najbardziej nas interesująca dermografia wybitna występuje stosunkowo dość równomiernie przy wszystkich cierpieniach (o ile odpowiednią liczba spostrzeżeń), nie przekraczając jednak ogółem nigdy 11·1%. Trzy tylko cierpienia zdają się być upośledzone co do dermografii, a mianowicie

otępienie starcze i przewlekły alkoholizm, gdzie jej brak zupełnie, oraz porażenie postępujące o stosunkowo małym odsetku 4·4%. Przyczyna prawdopodobnie leży w zmianach chorobowych ścian naczyniowych. Jak wiadomo, wszystkie te trzy cierpienia przebiegają ze schorzeniem naczyń.

Streszczając wszystko, możemy powiedzieć, że otrzymane przez nas wyniki nie pozwalają w żadnym razie przyznać dermografii przy dzisiejszym stanie jej badania jakiegokolwiek znaczenia rozpoznawczego w dyagnostyce chorób umysłowych. We wszystkich cierpieniach umysłowych występowała dermografia w olbrzymiej większości jako dermografia zwyczajna z fizyologicznemi wahaniami w kierunku wyraźnej i słabej. Dermografia natomiast, odbiegająca od normy, w znikomej tylko liczbie przypadków obecna, nie wykazywała wybitniejszej różnicy w żadnym kierunku dla żadnego cierpienia.

Jak już wspomniałem, wydanie sądu tego rodzaju jest tylko warunkowe i musi odnosić się tylko do dzisiejszej metody badania objawu.

Z doskonaleniem się każdej dziedziny nauk przyrodniczych związany jest moment ograniczania z czasem metod opisanych przez zastępowanie ich metodami, pozwalającemi dane zjawisko przedstawić liczbą, innemi słowy zmierzyć. Mamy termometr, perymetr, dynamometr, mamy odczyny ilościowe białka czy cukru; gdzie brak odpowiedniej metody, pozwalającej nam niejako zmierzyć dane zjawisko, tam wyniki naszych badań są niepewne i bez wartości.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Prof. J. Hirschberg: **Geschichte der Augenheilkunde.** Tom III. Rozdział 18. Polscy okuliści IX stulecia.

W swem dużem dziele p. t. »Historya okulistyki« poświęca Hirschberg jeden rozdział okulistyce polskiej. We wstępie zaznacza, że szczegółowe dane, odnoszące się do życiorysów i dzieł naukowych polskich okulistów, zawdzięcza prawie w całości Wicherkiewiczowi, z którym łączyła go blizka przyjaźń i jego też pamięci ten rozdział swego dzieła poświęca. Dzieje okulistyki polskiej przedstawione są dosyć wyczerpująco i z widoczną życzliwością. Autor omawia po kolei losy okulistyki, t. j. działalność wybitnych okulistów i rozwój okulistycznych zakładów w trzech głównych środowiskach nauki polskiej, w Warszawie, we Lwowie i Krakowie. Więcej miejsca poświęca życiorysom Wiktora Szokalskiego, Józefa Talki, Lucyana Rydla, Emanuela Macheka i Bolesława Wicherkiewicza.

W tekscie znajdujemy trzy portrety: Szokalskiego, Gepnera (starszego) i Wicherkiewicza. Historya kończy się na wspomnieniu pośmiertnem o Wicherkiewiczu, którego wielkie zasługi około podniesienia okulistyki polskiej podnosi Hirschberg w bardzo gorących wyrazach. K. W. M.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

obcy komórce, zellfremd.
zespół komórkowy, Zellverband (syncytium).
gorączka kleszczowa, Zeckenfieber.
przechowywacz, Zwischenträger (wirt).
komórka śródmiąższowa, Zwischenzelle.
treść, zawartość, ilość (n. p. białka), Gehalt.
pylica żelazista płuc, pneumokoniosis siderotica.
ziarenkowiec płucny, pneumococcus.
choroba pyłkowa, Pollenkrankheit.
nerwica serca, phrenocardia.
moczenie fosforanami (jak moczenie krwią), phosphaturia.
moczenie pentozami, pentosuria.
zadraźnienie otrzewnej, peritonismus.
gronkowica (krwi), staphylohaemia.
komórka zapylona, Staubzelle.
wznośność, Steigkraft.
znieruchomienie strzemienia, Stapesankylose.
kurcz wyprostny, Streckkrampf.
powolowy, potarczyczny, strumipriv. 13.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Prof. Dr Antoni Mars testamentem z dnia 18. grudnia 1917 legował Towarzystwu lekarzy galicyjskich sumę 3.000 (trzy tysiące koron), które mają być dołączone do funduszu Jego imienia, przeznaczonego na wsparcia wdów i sierót po lekarzach.

Kraków. Ze składki na wieniec na trumnę ś. p. prof. Dr Glińskiego złożył korpus oficerski i grono urzędników c. i k. szpitala garnizonowego Nr 15, w którym ś. p. Gliński pełnił służbę wojskową, jako prosektor, kwotę 896 koron do rąk redaktora »Przeglądu lekarskiego«, a z przeznaczeniem na fundusz imienia Zmarłego.

— W Rzeszowie odbyło się 24. VIII. zebranie kolegów z Rzeszowa i okolicy dla uczczenia jubileuszu 50-letniej pracy lekarskiej Dr Anama Zagórskiego, b. oficera wojsk polskich powstańczych w r. 1863. Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przesłała czcigodnemu Jubilatowi ze swej strony życzenia.

Warszawa. Zjazd w sprawie higieny gmin urządza Warszawskie Towarzystwo higieniczne w d. 21—23 września b. r.

Z różnych stron. Austryackie ministerstwo sanitarne weszło w życie. Ministrem został prof. Dr Horbaczewski (dotychczas minister »bez teki«). Z Galicyi mianowani zostali koncepistami ministerstwa lekarz powiatowy Dr Emil Barański i sędzia Dr Starosolski, natomiast nikt z Galicyi nie został powołany na żadne wyższe stanowisko, to jest ani szefa sekcyi (których jest 4), ani radcy sekcyjnego, ani nawet radcy ministeryalnego. Wobec tego nie trudno przewidzieć, jak będzie przez to ministerstwo traktowana Galicya.

— Rada m. Kolonii postanowiła pobudować w obwodowych, zdrowszych częściach miasta domki 2—4-pokojowe z ogródkami dla niezamożnych chorych na gruźlicę.

— W Szczecinie otwarto w r. 1915 miejski szpital dla chorych na gruźlicę, pełniący równocześnie rolę sanatoryum ludowego, oddziału szpitalnego dla gruźliczych i schroniska dla nieuleczalnych suchotników. Osiągnięto to w ten sposób, że szpital (liczący obecnie 164 łóżek) dzieli się na małe, do 25 łóżek liczące, »stacye«, umożliwiające odpowiedni podział chorych. (»Tuberkulosekorrespondenz« Nr 8).

Zmarli: Dr Konstanty Karwowski, naczelny lekarz szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, w 84 r. ż. W Akademii medyko-chirurgicznej warszawskiej był przez dwa lata pomocnikiem dyrektora kliniki chirurgicznej. Oprócz drobniejszych prac ogłosił »Rys zasad chirurgii wojennej« (Warszawa 1863).

Redakcya otrzymała. Stefanowski: Experimentelle Untersuchungen über degenerative und atrophische Zustände an der quergestreiften Muskulatur. Warschau 1918. — Gabryszewski: Zakopane na przełomie. Sprawozdanie lekarza klimatycznego, przedłożone komisyi klimatycznej. Zakopane 1918.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych we Lwowie.
do L. 2418/2/I.

KONKURS

na posadę lekarza kolejowego w Samborze.

W Samborze jest do obsadzenia posada lekarza kolejowego dla okręgu Sambor, który obejmuje przestrzeń linii kolejowej Lwów-Sambor, Sianki od km 74·6—112.67 ze stacyami Sambor, Waniowice, Stary Sambor, Terszów, Spas, Busowisko i Strzyłki Topolnica wraz z personalem kolejowym tej przestrzeni podległym urzędowi ruchu w Samborze i Sekcyi konserwacyi Lwów, II.

Początkowe honoraryum wynosi rocznie 2000 K słownie dwa tysiące koron i fiakrowe 200 koron. W czasie wojny otrzymuje lekarz kolejowy odpowiedni dodatek drożyźniany i 50% podwyższenie fiakrowego.

Kandydaci muszą być poddani austryaccy i mieć dyplom doktorski uniwersytetu austryackiego. Podania wnosić należy do 15. września 1918 do Dyrekcyi kolei państwowych we Lwowie i dołączyć metrykę chrztu względnie urodzenia, dyplom doktorski i świadectwo lekarza naczelnego Dyrekcyi kolejowej o stanie zdrowia, specyalnie o normalnem rozpoznawaniu barw, jakoteż podać przebieg dotychczasowy życia i studyów lekarskich, jak również, czy petent ma inną stałą posadę, jakie pobiera wynagrodzenie i czy ma prawo do emerytury. Kandydaci mają także dołączyć oświadczenie, że w razie nadania im posady lekarza kolejowego, w przyszłości przyjmą stałe posady tylko za zezwoleniem c. k. Dyrekcyi kolei państwowych.

Lwów, dnia 14. sierpnia 1918. 250

C. k. Dyrekcya kolei państwowych we Lwowie.

WYDZIAŁ KRAJOWY.
LW. 59.879.

Lwów, 31. lipca 1918.

KONKURS.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem rozpisuje niniejszem Konkurs na posadę Dyrektora kraj. Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie koło Krakowa.

Podania należy wnosić do Wydziału krajowego we Lwowie w terminie do dnia 30. września 1918 załączając do nich:

1) metrykę urodzenia,
2) świadectwo przynależności,
3) dyplom doktora wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednym z uniwersytetów Monarchii austryacko-węgierskiej,
4) opis życia.

Pierwszeństwo będą mieli kandydaci, którzy wykażą się pracami naukowemi na polu psychiatryi z znajomością administracyi zakładów leczniczych dla umysłowo chorych.

Z posadą powyższą złączone są następujące pobory:
1) płaca roczna 6.400 (sześć tysięcy czterysta Koron),
2) dodatek funkcyjny rocznie 1.000 (jeden tysiąc Koron),
3) prawo do wojennego dodatku drożyźnianego, wahającego się — stosownie do stosunków rodzinnych — od kwoty 1.488 K do 4.740 K rocznie,
4) prawo do dwóch datków pięcioletnich i jednego trzyletniego, każdy po 800 (ośmset) Koron rocznie,
5) prawo do bezpłatnego mieszkania w naturze wraz z oświetleniem i opałem według ustalonego deputatu w oddzielnym budynku Zakładowym. 251

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.